

DOCUMENT D'ENREGISTREMENT D'UNE EUTHANASIE

Document d'enregistrement à envoyer par **lettre recommandée avec accusé de réception** dans les **quatre jours ouvrables** qui suivent l'euthanasie à l'adresse suivante :

- Commission fédérale de contrôle et d'évaluation de l'Euthanasie (CFCEE)
Place Victor Horta 40 boîte 10
1060 BRUXELLES

Les renvois aux articles dans ce document se réfèrent à la loi du 28 mai 2002 relative à l'euthanasie (Moniteur belge du 22 juin 2002).

UNE CONFUSION A EVITER

Conformément à la loi relative à l'euthanasie, une distinction est faite dans le document d'enregistrement entre une euthanasie pratiquée sur la base d'une demande actuelle d'euthanasie et sur la base d'une déclaration anticipée.

Si le/la patient(e) est

- **conscient(e),**
- **capable d'exprimer sa demande** et
- dans une situation médicale réunissant les conditions fixées par la loi (*situation médicale sans issue et souffrance physique et/ou psychique constante, insupportable et inapaisable résultant d'une affection accidentelle ou pathologique grave ou incurable. [art. 3]*)

⇒ **EUTHANASIE SUR LA BASE D'UNE DEMANDE ACTUELLE.**

La demande reste valable pendant tout le temps nécessaire à la mise en œuvre de l'euthanasie, même si le patient devient inconscient pendant cette période.

Les points 1 à 12 du volet II du document d'enregistrement sont à compléter dans ce cas.

Si le/la patient(e)

- est **incapable d'exprimer sa demande car inconscient(e) de manière irréversible** (coma ou état végétatif),
- est dans une situation médicale réunissant les conditions fixées par la loi (*inconscience irréversible selon l'état actuel de la science et affection accidentelle ou pathologique grave et incurable [art. 4.]*) ; et
- **a rédigé une déclaration anticipée suivant le modèle prévu par la loi** (*deux témoins obligatoires, désignation facultative d'une personne de confiance, etc.*)

⇒ **EUTHANASIE SUR LA BASE D'UNE DÉCLARATION ANTICIPÉE.**

Les points 1 à 3 et les points 13 à 19 du volet II du document d'enregistrement sont à compléter dans ce cas.

VOLET I : informations personnelles
Il doit être TOTALEMENT COMPLÉTÉ ET SCELLÉ PAR LE MÉDECIN
ayant pratiqué une euthanasie

Ce volet est strictement **confidentiel**. Il ne sert pas de base à la mission d'évaluation de la Commission à l'intention des chambres législatives et ne peut être ouvert que par décision de cette même Commission.

Ce volet doit **impérativement être joint au volet II** du document d'enregistrement d'une euthanasie.

1. PATIENT(E)

1.1 Nom :

1.2 Prénom(s) :

1.3 Domicile :

2. MÉDECIN ayant pratiqué l'euthanasie

2.1 Nom :

2.2 Prénom(s) :

2.3 Numéro d'enregistrement INAMI :

2.4 Domicile :

2.5 E-mail :

3. MÉDECINS INDEPENDANTS CONSULTÉS OBLIGATOIREMENT par le médecin ayant pratiqué l'euthanasie

3.1 **Premier médecin consulté** dans tous les cas (art.3, §2, 3° et art.4, §2, 1°)

3.1.1 Nom :

3.1.2 Prénom(s) :

3.1.3 Domicile :

3.1.4 Numéro d'enregistrement INAMI :

3.1.5 Date de la consultation :

3.2 Si le médecin était d'avis que le **décès** n'interviendrait manifestement **pas à brève échéance, second médecin consulté, psychiatre ou spécialiste de la pathologie concernée** (art.3, §3, 1°) :

3.2.1 Nom :

3.2.2 Prénom(s) :

3.2.3 Domicile :

3.2.4 Numéro d'enregistrement INAMI :

3.2.5 Date de la consultation :

4. AUTRES PERSONNES CONSULTÉES

(celles envisagées entre autres à l'art.3, §2, 4°, 5°, 6° et art.4, §2, 2°, 3°, 4°)

4.1 Nom :

- 4.1.1 Prénom(s) :
- 4.1.2 Qualité :
- 4.1.3 Domicile :
- 4.1.4 Date de la consultation :

4.2 Nom :

- 4.2.1 Prénom(s) :
- 4.2.2 Qualité :
- 4.2.3 Domicile :
- 4.2.4 Date de la consultation :

4.3 Nom :

- 4.3.1 Prénom(s) :
- 4.3.2 Qualité :
- 4.3.3 Domicile :
- 4.3.4 Date de la consultation :

4.4 Nom :

- 4.4.1 Prénom(s) :
- 4.4.2 Qualité :
- 4.4.3 Domicile :
- 4.4.4 Date de la consultation :

4.5 Nom :

- 4.5.1 Prénom(s) :
- 4.5.2 Qualité :
- 4.5.3 Domicile :
- 4.5.4 Date de la consultation :

5. Euthanasie pratiquée sur la base d'une déclaration anticipée : PERSONNES DE CONFIANCE éventuellement désignées

5.1 Nom de la 1^{ère} personne de confiance :

- 5.1.1 Prénom(s) :
- 5.1.2 Date de la consultation :

5.2 Nom de la 2^e personne de confiance :

- 5.2.1 Prénom(s) :

5.2.2 Date de la consultation :

6. PHARMACIEN qui a délivré la substance euthanasiante

6.1 Nom :

6.2 Prénom(s) :

6.3 Numéro d'enregistrement INAMI :

6.4 Adresse :

6.5 Produits délivrés et leur quantité :

6.6 Le cas échéant, l'excédent qui a été restitué au pharmacien :

DATE, SIGNATURE ET CACHET DU MEDECIN

VOLET II : conditions et procédures suivies

Il doit être **TOTALEMENT COMPLÉTÉ PAR LE MÉDECIN
ayant pratiqué une euthanasie et être **ANONYME** (ne mentionner AUCUN NOM)**

Ce volet est également **confidentiel**. Il sert de base au contrôle de la Commission afin de vérifier si l'euthanasie a été effectuée selon les conditions et les procédures prévues par la loi.

(Cocher les cases qui conviennent et compléter)

1. PATIENT(E)

(ne pas mentionner d'identité)

1.1 Lieu de naissance _____ et _____

date de naissance : / /

1.2 Sexe :

Masculin

Féminin

2. DÉCÈS

2.1 Date et heure du décès : / / , h

2.2 Lieu du décès (**ne pas mentionner d'adresse**)

Domicile

Maison de repos et de soins

Hôpital

Autre
Précisez :

3. DIAGNOSTIC PRÉCIS (affection(s) accidentelle(s) ou pathologique(s) grave(s) et incurable(s))

(ATTENTION ne pas mentionner de souffrance, celle-ci doit être renseignée aux points 4 et 5)



Si le/la patient(e) était conscient(e) et capable d'exprimer sa demande d'euthanasie, on dit que celle-ci est faite sur la base d'une demande actuelle d'euthanasie (même si une déclaration anticipée existe) => remplissez les points 4 à 12 du volet II.

Si le/la patient(e) était incapable d'exprimer sa demande car inconscient(e) de manière irréversible et qu'il/elle a rédigé une déclaration anticipée suivant le modèle prévu par la loi => remplissez les points 13 à 19 du volet II.

EUTHANASIE SUR LA BASE D'UNE DEMANDE ACTUELLE

Patient **conscient et capable d'exprimer sa demande** d'euthanasie

4. Nature et description de la SOUFFRANCE CONSTANTE et INSUPPORTABLE

5. Raisons pour lesquelles la SOUFFRANCE était INAPAISABLE

6. Éléments qui ont permis de s'assurer que la DEMANDE était VOLONTAIRE, RÉFLÉCHIE, RÉPÉTÉE et SANS PRESSION extérieure

7. ÉCHÉANCE DU DÉCÈS : pouvait-on estimer que le/la patient(e) allait décéder à brève échéance ?

Oui

non

8. PROCÉDURE suivie par le médecin (art. 3)

(cocher les cases qui conviennent et compléter)

8.1. Demande d'euthanasie actée par écrit (art. 3, §4)

DATE DE LA DEMANDE / /

Rédigée, datée et signée par le/la patient(e)

Ou si le/la patient(e) en était physiquement incapable :

actée, en présence du médecin, par une personne majeure de son choix qui n'a aucun intérêt matériel à son décès et

les raisons pour lesquelles le/la patient(e) n'était pas en état de formuler sa demande par écrit ni de la signer y sont mentionnées.

8.2. Information du/de la patient(e) sur son état de santé et sur son espérance de vie (art. 3, §2, 1°)

8.3. Concertation avec le/la patient(e) sur sa demande d'euthanasie (art. 3, §2, 1°)

8.4. Information du/de la patient(e) sur les possibilités thérapeutiques encore envisageables et leurs conséquences (art. 3, §2, 1°)

8.5. Information du/de la patient(e) sur les possibilités qu'offrent les soins palliatifs et leurs conséquences (art. 3, §2, 1°)

8.6. Persistance de la souffrance physique ou psychique du/de la patient(e) (art. 3, §2, 2°)

8.7. Demande réitérée d'euthanasie (art. 3, §2, 2°).

8.8. Entretien avec l'équipe soignante ou des membres de celle-ci au sujet de la demande (art. 3, §2, 4°).

8.9. Entretien avec les proches désignés par le/la patient(e) au sujet de la demande (art. 3, §2, 5°)

8.10. Entretien du/de la patient(e) avec les personnes qu'il/elle souhaitait rencontrer (art. 3, §2, 6°)

8.11. L'ensemble de la procédure suivie ainsi que les documents écrits sont consignés au dossier médical (art. 3, §5°)

9. AVIS des médecins indépendants consultés obligatoirement

(ne pas mentionner d'identité)

9.1. **Premier médecin consulté** dans tous les cas (art. 3, §2, 3° et art. 4, §2, 1°)

9.1.1. Qualification du médecin :

9.1.2. Date de la consultation : / /

9.1.3. Avis du médecin consulté quant au caractère grave et incurable de l'affection et au caractère constant, insupportable et inapaisable de la souffrance
(résumer le rapport écrit du médecin)

9.2. Éventuellement un **second médecin en cas de décès non prévu à brève échéance** (art. 3, §3, 1°), **psychiatre ou spécialiste de la pathologie concernée**

9.2.1. Qualification du médecin :

9.2.2. Date de la consultation : / /

9.2.3. Avis du médecin consulté quant au caractère constant, insupportable et inapaisable de la souffrance et au caractère volontaire, réfléchi et répété de la demande:

(résumer le rapport écrit du médecin)

10. AUTRES personnes ou instances CONSULTÉES

(ne pas mentionner d'identité)

10.1. Qualité :

Date de la consultation : / /

10.2. Qualité :

Date de la consultation : / /

10.3. Qualité :

Date de la consultation : / /

10.4. Qualité :

Date de la consultation : / /

10.5. Qualité :

Date de la consultation : / /

11. MANIÈRE dont l'euthanasie a été pratiquée (IV ou per os) et NOMS et DOSAGE (mg/ml) des PRODUITS utilisés

12. INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES que le médecin souhaiterait donner (facultatif)

EUTHANASIE SUR LA BASE D'UNE DÉCLARATION ANTICIPÉE

Patient **incapable d'exprimer sa demande car inconscient de manière irréversible et ayant rédigé une déclaration anticipée**

(cocher les cases qui conviennent et compléter)

13. DÉCLARATION ANTICIPÉE

- 13.1. Existence d'une déclaration anticipée établie suivant le modèle défini par l'AR du 2 avril 2003 (deux témoins obligatoires, désignation facultative d'une personne de confiance, etc.)

DATE DE LA DÉCLARATION / /

- Rédigée, datée et signée par le/la patient(e)

ou si le/la patient(e) en était physiquement incapable :

- établie par un tiers majeur qui n'a aucun intérêt matériel au décès du/de la patient(e) et

- une attestation médicale certifiant cette incapacité est jointe.

- 13.2. Une ou plusieurs personnes de confiance sont désignées.

- 13.3. L'ensemble de la procédure suivie ainsi que les documents écrits sont consignés au dossier médical (art. 4, §2, 4°).

14. L'INCONSCIENCE du/de la patient(e) était irréversible

(si non, veuillez remplir les points 4 à 12 du volet I)

- Oui

15. AVIS du médecin indépendant consulté obligatoirement (art. 4, §2, 1°)

(ne pas mentionner d'identité)

15.1. Qualification du médecin :

15.2. Date de la consultation : / /

15.3. Avis du médecin consulté quant à l'irréversibilité de la situation médicale du/de la patient(e)

(résumer le rapport écrit du médecin)

16. ENTRETIENS menés

- 16.1. Entretien avec la ou les personne(s) de confiance éventuellement désignée(s) dans la déclaration anticipée (art. 4, §2, 3°)

- 16.2. Entretien avec l'équipe soignante ou des membres de celle-ci (art. 4, §2, 2°)

- 16.3. Entretien avec les proches du/de la patient(e) désignés par la personne de confiance (art.4 , §2, 4°)

17. AUTRES personnes ou instances CONSULTÉES

(ne pas mentionner d'identité)

17.1. Qualité :

Date de la consultation : / /

17.2. Qualité :

Date de la consultation : / /

17.3. Qualité :

Date de la consultation : / /

17.4. Qualité :

Date de la consultation : / /

17.5. Qualité :

Date de la consultation : / /

18. MANIÈRE dont l'euthanasie a été pratiquée (IV ou per os) et NOMS et DOSAGE des PRODUITS utilisés**19. INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES que le médecin souhaiterait donner (facultatif)**